ISTITUTO SUPERIORE DI SCIENZE RELIGIOSE

S. APOLLINARE IN FORLÌ

Collegato con la Facoltà Teologica dell'Emilia-Romagna

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ _____ _____
cognome *nome* *matricola*

Codice Fiscale :

nato/a a_____ in data_____

indirizzo_____
via – n° - cap – città – provincia

tel. _____ e-mail_____

cell._____ fax_____

chiede di essere iscritto al: _____ per l'Anno Accademico_____

CICLO	I° sem	II° sem	€uro	Studente		Stato Ecclesiale	
ISSR – Triennio					Ordinario		Sacerdote
ISSR - Specialistica					Straordinario		Diacono
Diocesi:					Uditore/Ospite		Seminarista
					Integrante		Laico/a
Ordine/Congregazione					Fuori Corso		Religioso/a

Studi Precedenti		Istituto/Facoltà	nell'anno	voto
	Diploma scuola Superiore			
	Laurea civile in			
	Altri studi			
Professione				

*Chiedo di poter frequentare i seguenti corsi:*_____
_____
_____
_____
_____.

Il Direttore_____ Studente_____

Forlì_____

Autorizzo l'Istituto Superiore di Scienze Religiose all'utilizzo dei dati della scheda nel rispetto delle disposizioni legislative contenute nella legge n°196/2004